

De fracasos y fallos

David Bragin Sánchez, MD, FACC, FESC

Cardiólogo con subespecialidad
en fallo cardíaco
avanzado y cardiología de
trasplante
Práctica en Guaynabo y Manatí



Introducción y pronóstico

El manejo del fallo cardíaco (FC) requiere una estrategia que combine el uso de medicamentos, la educación al paciente, los procedimientos invasivos y, de necesitarse, los dispositivos implantables avanzados. Pero el componente más importante es la integración de un equipo multidisciplinario que va desde el médico generalista, pasa por el cardiólogo y llega hasta el especialista en FC avanzado, de ser necesario.

Cuando vemos que casi un tercio de los pacientes con FC admitidos al hospital se readmiten antes de un mes del alta y que la mitad de todos los pacientes se readmiten nuevamente en los siguientes meses, hay que reconocer que estamos fallando en algo. Al ver las causas más comunes de FC (hipertensión y enfermedad coronaria), hay que entender que se llega a esta disfunción por haber fracasado en la prevención.

Epidemiología

El FC es el diagnóstico de alta más común en la población mayor de 65 años en los Estados Unidos y, junto a la fibrilación atrial, está aumentando en incidencia ya que la población envejece. En el año 2000, la incidencia de casos nuevos de FC era de 348 mil y se predecía que para el 2007 la incidencia sería de 500 mil casos. Sin embargo fue de 670 mil casos, lo que significaría que para el año 2020 será de casi un millón de casos nuevos al año.

Guías de manejo

Para combatir este problema, que tiene un impacto socioeconómico inmenso, además de causar el deterioro

de la calidad de vida de los afectados, las asociaciones mundiales de cardiología presentan guías para el manejo de los pacientes con FC. El problema es que las guías no siempre están actualizadas. Por ejemplo, en 2011, en NEJM, se presentaron datos sobre eplerenona, un bloqueador de aldosterona, que demostró su utilidad en pacientes con FC en clase funcional II de la clasificación de NYHA, cuando este tipo de agente solo se utilizaba en pacientes clase funcional III de NYHA, según las guías.

Medicamentos

Todo paciente debe recibir:

- Un beta bloqueador indicado para FC. En los Estados Unidos hay solo tres: carvedilol, de larga o corta duración, metoprolol de larga duración y bisoprolol.
- Un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, o un bloqueador del receptor de angiotensina cuando hay intolerancia al primero. Es esencial que se tomen los medicamentos en la frecuencia indicada. Así, por ejemplo, enalapril cada 12 horas, captopril cada 8 horas, valsartan cada 12 horas y candasartan diariamente.
- El uso de un bloqueador de aldosterona, si los niveles de potasio y la función renal lo permiten, debe ser el tercer medicamento que reciban los pacientes de FC. La combinación de nitrato con hidralazina isosorbida ha demostrado reducción de la mortalidad en población afroamericana.
- En todos estos medicamentos es importante optimizar la dosis máxima tolerada considerando la presión, la frecuencia cardíaca y los electrolitos.

- Debe evitarse usar agentes inotrópicos ya que aumentan la mortalidad del paciente con FC. Solo deben usarse en pacientes terminales como agente paliativo, y en aquellos que el cardiólogo determine que es necesario, pero en dosis más bajas de lo acostumbrado.

Dispositivos implantables

Desde la década de 1990 el uso de **desfibriladores** en pacientes con FC de origen isquémico demostró una reducción en la mortalidad y su uso se convirtió en un cimiento de la terapia de FC. Su indicación se extendió a los pacientes que estaban en terapia médica máxima (entiéndase carvedilol 25 mg dos veces al día y enalapril 10 mg dos veces al día) sin tener un origen isquémico.

El uso de la **terapia de resincronización** cardiaca en la cual se controla eléctricamente la contracción del ventrículo derecho e izquierdo para optimizar la hemodinámica cardiaca ha demostrado reducir la mortalidad así como revertir algunas de las maladaptaciones anatómicas del corazón con FC.

El uso de dispositivos implantables para monitorear al paciente ayuda a prevenir hospitalizaciones.

En 2011, en JAMA se reportó que, de 111 707 desfibriladores implantados en los Estados Unidos, el 22,5% se implantó sin que hubiera alguna de las indicaciones aprobadas para su uso. Los posibles efectos negativos de estos dispositivos (descargas inapropiadas, infecciones, etc.) así como su costo, causaron un impacto que trascendió a la prensa médica. Por esto las indicaciones aprobadas y demostradas por los estudios clínicos deben ser seguidas en el manejo de FC.

Actualmente, se estudian dispositivos implantables que modulan la contractilidad cardiaca con impulsos de alto voltaje durante el periodo refractario de contracción del miocardio.

Procedimientos invasivos

Todo paciente con FC debe ser evaluado para la posibilidad de revascularización si hay isquemia, ya sea por angioplastia o por cirugía. También debe considerarse, si es posible, cirugía con implantación y reparación

valvular, aún en casos de alto riesgo, por sus significativos efectos positivos sobre la condición del paciente con FC. Una nueva alternativa son los procedimientos vasculares por vía periférica.

Para los pacientes refractarios a terapia médica o quirúrgica, el trasplante de corazón o el uso de un dispositivo de asistencia mecánica implantable, *ventricular assist device* (VAD), es una alternativa.

Comentario

Se debe educar al paciente sobre nutrición, restricciones de líquidos, bajar de peso, dejar de fumar, de beber alcohol o usar drogas (si fuera el caso). El apoyo del nutricionista, trabajador social, farmacéutico y la rehabilitación física pueden ser excelentes complementos para el manejo de los pacientes con FC.

Las visitas al internista y al médico primario pueden optimizar los medicamentos y apoyar el manejo, más aún en los casos con diabetes, hipertensión arterial, colesterol elevado o enfermedad renal, comorbilidades comunes en el paciente con FC.

El trabajo en equipo es vital. El cardiólogo define un plan incluyendo la terapia y los medicamentos, así como las consultas necesarias a subespecialistas (cirujano cardiovascular, intervencionista, electrofisiólogo o especialista de FC y trasplante). 

“El único fallo verdadero en la vida es no ser sincero con lo mejor que uno sabe.”

Buda